Nr 34. Kraków, 25. sierpnia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_3$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr **St. Ciechanowski**, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr **O. Lang**, wiceprezes, dr **A. Akerman**, skarbnik Tow. lek., dr **B. Wojciechowski**, podskarbi komisyi; dr **Blassberg**, prof. dr **Browicz**, prof. dr **Krzyształowicz**, prof. dr **K. W. Majewski**, prof. dr **Rutkowski**.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej** w Łodzi Dr **S. Sterling** (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 25. sierpnia 1917. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Krwawienie z odbytnicy, jako objaw chorobowy i ciekawsza kazuistyka z tej dziedziny

opracował

Dr Waleryan Kowenicki.

Krwawienie z odbytnicy ma tak rozległą etyologię i występuje w tak różnorodnych chorobach, iż ze stanowiska lekarza praktycznego zasługuje ze wszech miar na omówienie. Chciałbym zatem zwrócić wedle możności uwagę na wyzyskanie tego objawu do celów rozpoznawczych.

Etyologicznie rzecz biorąc, wchodzą w rachubę następujące rodzaje krwawienia z odbytnicy: 1) krwawienie urazowe, 2) krwawienie wskutek pęknięcia około odbytu (fissura ani), 3) w następstwie guzów krwawniczych, 4) jako objaw ostrego, lub rzadziej przewlekłego nieżytu błony śluzowej odbytnicy, 5) przy wyroślach błony śluzowej polipowych, usadowionych blizko odbytu lub wyżej (nie mówię tutaj o krwawieniach z wysoko położonych odcinków przewodu pokarmowego n. p. z żołądka lub z dwunastnicy, w których krew występuje już zmieniona, fusowata, ewentualnie utajona), 6) przy raku odbytnicy, 7) przy chorobach krwi, jak krwawiączka (haemophilia), plamica (purpura, morbus maculosus Werlhofi), gnilec, białaczka, niedokrwistość złośliwa, 8) jako objaw czerwonki, 9) w durze brzusznym, 10) przy wgłobieniu kiszki, 11) w gruźlicy kiszek, 12) również w rzadkich wypadkach kiły odbytnicy, 13) wśród pewnych zatruć n. p. fosforem, grzybami jadowitymi, 14) wskutek niektórych pasorzytów, żyjących w kiszkach (jak anchylostomum duodenale), 15) przy wadach serca, marskości nerek i przy miażdżycy naczyń krwionośnych, 16) w następstwie zastoju z powodu zmian w żyle wrotnej, 17) wskutek zatoru i zawału w obrębie tętnicy krezkowej dolnej.

W pewnych przypadkach występuje krwawienie przez przenikanie z błony śluzowej (per diapedesim), jak n. p. najczęściej przy wadach serca, zapaleniu odbytnicy, wgłobieniu jelit, przy zatorze i zawale w obrębie tętnicy krezkowej, w innych przypadkach przez pękanie naczyń.

Omawiając niektóre z powyżej wyliczonych przyczyn krwawienia zwrócę uwagę na trudności rozpoznawcze, wyłaniające się niekiedy.

Krwawienie urazowe powstać może w następstwie urazu z zewnątrz działającego (samogwałt, ciało obce, pęknięcie kiszki wskutek urazu w brzuch narzędziem tępem, wskutek postrzału lub rany kłutej jelit), jak i w następstwie urazu ciałem obcem, zawartem w kale (kawałek szkła, ostrego ciała, zwłaszcza w chwili przechodzenia przez odbyt w czasie defekacyi).

Przy szczelinie odbytu łączy się krwawienie, które niekiedy może być nader obfite, z silnym bólem w okolicy odbytu, szczególnie przy defekacyi, wywołanym odruchowym kurczem zwieracza odbytu, a u małych dzieci (osesków) występuje odruchowo zaparcie stolca i niemożność oddawania moczu lub bolesne oddawanie moczu, przyczem czasem pojawiają się drgawki.

Przy badaniu odbytu, zwłaszcza wziernikiem, widzi się pęknięcie błony śluzowej większe lub mniejsze, najczęściej pojedyńcze, rzadziej wielokrotne, o brzegach niekiedy zgrubiałych, tem bardziej, jeśli sprawa trwa czas dłuższy.

Również przy niezupełnej wewnętrznej przetoce odbytu krwawienie z odbytu obok innych objawów zmusza do badania odbytnicy palcem i wyjaśnia przyczynę krwawienia.

Guzów krwawniczych krwawiących nie należy rozpoznawać na »słowo honoru« chorego, tylko badaniem palcem, a nawet wziernikiem; znam przypadki, leczone przez kilka miesięcy jako »hemoroidy«, które przy badaniu przez odbytnicę okazały się przypadkami raka odbytnicy, niestety nie dającym się już doszczętnie operować.

Wobec wielkiej stosunkowo częstości raka odbytnicy, zdarzającego się tak u mężczyzn, jak u kobiet, najczęściej w wieku powyżej lat 40, zaniechanie badania przez odbytnicę przy krwawieniu z odbytu byłoby wprost karygodnym błędem.

Przytoczę tu przypadek, który mi zawsze zostanie w pamięci. Przed laty około 16 wezwany zostałem na naradę do chorego, liczącego lat około 60, który od dwu tygodni gorączkował nie uskarżając się zresztą na żadne dolegliwości. Po zbadaniu szczegółowem chorego nie znalazłszy niczego, coby uzasadniało ogólny ciężki stan chorego i wysoką gorączkę, wprowadziłem palec do odbytnicy i znalazłem olbrzymie guzy krwawnicze, a wysoko ponad zwieraczami na tylnej ścianie odbytnicy natrafiłem na otwór, poczem z odbytu wylała się znaczna ilość ropy i krwi. Chory przyznał się, że przed trzema tygodniami, chcąc zrobić sobie wlewanie z hegara po wprowadzeniu do odbytu zwykłej twardej nasadki uczuł silny ból w kiszce, a w kilka dni potem zaczął gorączkować. Mieliśmy tedy do czynienia z ropowicą przyodbytniczą. Chory poddał się zabiegowi operacyjnemu i wkrótce wyzdrowiał.

Przy nieżycie odbytnicy krwawienie najczęściej nie jest obfite, ale połączone z parciem na stolec i innymi objawami nieżytu kiszki, t. j. większą lub mniejszą ilością śluzu na powierzchni kału i bólami w dolnym lewym odcinku brzucha.

Widziałem przypadek polipa błony śluzowej u dziewczynki 12-letniej, chorej na nieżyt kiszek, usadowionego powyżej trzeciego zwieracza, wywołującego krwawienie w czasie defekacyi. Przywołany lekarz, znalazłszy polipa na zewnątrz odbytu z powodu powstałego po defekacyi wypadnięcia odbytnicy, odciął nożyczkami narośl i bez zaopatrzenia rany pooperacyjnej odprowadził wypadnięcie; w ½ godziny później wezwany znalazłem chorą bardzo niedokrwistą, a ponieważ okłucie z powodu kruchości błony śluzowej odbytnicy było utrudnione, wytamponowałem silnie odbytnicę we wzierniku, zostawiając równocześnie obok tamponu dren do odprowadzania gazów. Przypadek zakończył się pomyślnie.

Naturalnie w przypadkach tych nieraz palcem wykryć polipa nie można, lecz dopiero przez rektoromanoskopię.

W czerwonce powstaje, jak wiadomo, krwawienie z owrzodzeń kiszki grubej, niekiedy i jelita biodrowego. Obfitość krwawienia zależy od ilości owrzodzeń i od ich głębokości, to też w czerwonce spotykamy się to z nieznacznem, to znów z bardzo obfitem krwawieniem. W pierwszym przypadku, oglądając wypróżnienie, widzimy większą lub mniejszą ilość śluzu, pomieszaną z krwią, w drugim wielką ilość krwi płynnej lub skrzepy krwi. Zespół objawów czerwonki, jak bolesność w okolicy odbytnicy i pętli esowatej, parcie na stolec bolesne, ogólne objawy choroby zakaźnej wskazują w danym przypadku na przyczynę krwawienia.

Krwawienie w durze brzuszym występuje najczęściej w trzecim tygodniu trwania choroby, zwłaszcza przy głęboko drążących wrzodach durowych. Często dołączają się wówczas objawy zadrażnienia otrzewny.

Wgłobienie jelita dość często występuje u dzieci,

i to tak u osesków, jak i starszych dzieci niemniej zdarza się i u dorosłych. Przed 10 mniej więcej laty spostrzegałem przypadek wgłobienia u oseska 4-miesięcznego, płci męzkiej. Wedle podania matki dziecko przez kilka tygodni chorowało na biegunkę naprzemian z zaparciem. Ostatnia choroba objawiła się nagle bólem w brzuchu, parciem na stolec i krwawymi skąpymi odchodami. Rozpoznałem wówczas wgłobienie na podstawie najpierw znamiennych wywiadów (poprzedzająca biegunka naprzemian z zaparciem), a następnie nagłego początku choroby bez gorączki, na podstawie krwawych stolców, wzdęcia brzucha i stawiania się jelit, charakterystycznej kiełbasowatej oporności w okolicy pętli esowatej i wreszcie stwierdzenia wgłobienia przy badaniu palcem przez odbytnicę. Matka nie zgodziła się na zabieg operacyjny i niemowlę wśród wymiotów i zapadu ogólnego w 24 godzin zakończyło życie. Ten przypadek razem ze mną obserwowało dwu jeszcze kolegów, rozpoznając również wgłobienie.

W r. 1914 zostałem wezwany do dziecka 4-letniego, płci męskiej, rzekomo chorego od kilku miesięcy na nieżyt kiszek i mimo to, jak mi rodzice opowiadali, wywracającego często »koziołki«. Dziecko o godz. 9 rano zjadło rzekomo dwie pomadki, potem w $^1/_2$ godziny miało dwa wypróżnienia prawidłowe, niebolesne, a o godz. 12 w południe zachorowało nagle wśród silnych bólów brzucha, parcia na stolec i krwawych odchodów. Matka twierdziła, że dziecko zatruło się pomadkami. Badanie o godz. 2 popołudniu wykazało: brzuch lekko wzdęty, bolesność w okolicy pętli esowatej, stolec śluzowokrwawy, tętno słabe, ale nie szybkie, ciepłota prawidłowa. Lecząc przed dwoma tygodniami w sąsiedztwie chorego na czerwonkę, rozpoznałem również u tego dziecka czerwonkę. Wezwany o godz. 10 w nocy stwierdziłem guz podłużny, kiełbasowaty, w okolicy pętli esowatej, bolesny, wzmożone ruchy robaczkowe powyżej guza i wzdęte jelita, wymioty śluzowe, częścią żółciowe, tętno szybkie, twarz bladą z rysami zaostrzonymi, ciepłotę ciała prawidłową. Wlanie do kiszki około $1^1/_2$ litra wody głęboko wprowadzonym drenem, usunęło wgłobienie.

W początku wgłobienia, gdy niema jeszcze typowego guza kiełbasowatego, rozpoznanie może być tedy utrudnione.

Gruźlica kiszek dość rzadko występuje samoistnie i dość rzadko wywołuje krwawienie, często bowiem anatomopatolog, jak i chirurg, przy operacyi na jelitach znajduje owrzodzenia gruźlicze kiszek, które za życia nie wywoływały krwawienia.

O nader rzadkim przypadku krwawienia z odbytnicy przy kile odbytnicy (proctitis luetica) u dziecka rocznego opowiadał mi ś. p. prof. Antoni Gabryszewski. Krwawienie, które trwało dłuższy czas mimo leczenia, ustało bezpowrotnie po doszczętnem leczeniu przeciwkiłowem w Iwoniczu.

Bardzo ciekawy przypadek plamicy z obfitemi krwawieniami z odbytnicy spostrzegałem przed 12 laty u chłopca 9-letniego, tem ciekawszy, że obok wymiotów krwawych i krwawienia z narządów moczowych wystąpił krwotok mózgowy z drgawkami, a następnie z porażeniem połowiczem i rozszerzeniem źrenicy po przeciwnej stronie (prawdopodobnie krwawienie w okolicy mostu Varola). Ciężkie objawy te wystąpiły u dziecka pod koniec mieszkowego zapalenia migdałków. Przypadek zakończył się pomyślnie.

Rzecz powyższą przedstawiłem ze stanowiska lekarza praktyka, nie przeglądając piśmiennictwa odnośnego.

Choroby uszne a służba wojskowa.

Podał

Dr R. Spira.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie 4. IV. 1917).

Książka służbowa, zawierająca przepisy badania lekarskiego obowiązanych do służby wojskowej, składa się z dwu części. Pierwsza część podaje sposoby badania poszczególnych części ciała, druga zawiera wskazówki do ocenienia wyników badania pod względem stopnia zdolności do służby wojskowej. Wszystkie te przepisy odznaczają się wielką ścisłością i zwięzłością, która jednakże nieraz wymaga wyjaśnienia i uzupełnienia.

W drugiej części tej książeczki w numerach 8—13 wyliczono choroby narządu słuchowego i ich ocenę. Tu zaraz uderzyć musi, że z chorób ucha środkowego, które, jak wiadomo, należą do najczęstszych i najważniejszych cierpień tego narządu, przytoczono tylko jedną chorobę, a mianowicie przewlekłe, trudno uleczalne zapalenie ropne pod »Nr. 13. Verzeichnis C.«. Nasuwa się pytanie, co ma się dziać z innemi chorobami, zwłaszcza z innemi postaciami ropienia usznego? O tem żadnej wzmianki niema. Widziałem nieraz chorych z przewlekłem ropieniem usznem, uznanych za zdolnych i wysłanych z batalionem marszowym. Otóż z takiem ocenianiem tej choroby zgodzić się trudno.

Na jednem z posiedzeń lekarzy wojskowych w Krakowie w roku 1916 przytoczono porównanie z cywilnymi robotnikami fabrycznymi, którzy mimo ropienia usznego mogą bez szkody ciężko pracować. Atoli porównanie to wcale nie jest trafne. Praca czysto mechaniczna i fizyczna może, co prawda, w obu stanach być równie ciężka. Jednakże nie o taki czynnik szkodliwy chodzi w służbie wojskowej. Wyobraźmy sobie szkodliwe wpływy atmosferyczne, na które żołnierz nieraz jest wystawiony, jeżeli musi we dnie i w nocy maszerować godzinami w deszczu, w burzy, w wietrze lub śnieżycy, jeżeli w rowach strzeleckich przepędzać musi godziny do kostek w wodzie, błocie lub śniegu, jeżeli wiele nocy musi leżeć na mokrej, bagnistej ziemi. To są czynniki szkodliwe, których robotnik fabryczny nie zna. Robotnik fabryczny pracuje zawsze lub przeważnie pod dachem, osłonięty przed niekorzystnymi wpływami atmosferycznymi i może w razie potrzeby nawet z domu do warsztatu przejeżdżać krytym wozem lub tramwajem. A właśnie tych wpływów atmosferycznych tu najwięcej obawiać się należy, gdyż mogą one wywołać w przewlekłych ropieniach usznych łatwo nawroty, zaostrzenia lub powikłania. Zaziębienie jamy bębenkowej, świeży ostry nieżyt nosa lub gardła, wywołując przekrwienie lub przesięk w uchu środkowem stwarza korzystne warunki rozwoju i rozszerzenia się drobnoustrojów, co sprzyja znów wnikaniu ich do jamy czaszkowej lub do ogólnego obiegu krwi. Stan taki równa się beczce z prochem, do której niespodzianie dostać się może iskra i wywołać wybuch. Niebezpieczeństwo to wzmaga się w stosunku geometrycznym do obojętności, z którą się je traktuje.

Chory taki, w razie wystąpienia na polu walk powikłania, ma dopiero być przewieziony do szpitala. Otóż wyobraźmy sobie położenie takiego chorego, który wśród zawrotu głowy, wymiotów, z bólem głowy i z gorączką, z grożącem zapaleniem opon mózgowych lub grożącem przebiciem ropnia mózgowego, ma być odesłany w celu leczenia specyalistycznego do zakładu leczniczego nieraz po złych drogach i na niestosownych wozach. Tu musimy się przyłączyć do zdania Imhofera, który pisze: »dass es ein Missverstehen des Geistes der diesbezüglichen Vorschriften wäre, wenn man die Truppe mit hinsichtlich des Gesichts- oder Gehörsinnes unzulänglicher oder fortwährender Behandlung und Schonung bedürftigen Leuten belassen würde«. (Der Militärarzt 1914).

Więc co ma się stać z takimi chorymi? Za dalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli tu omówić różnorodne postacie ropienia ucha środkowego. Zasadą powinno być oddawanie każdego popisowego, dotkniętego ropieniem usznem, do szpitala wojskowego w celu stwierdzenia i skwalifikowania choroby. Tutaj specyalista wojskowy powinien zapomocą badania, obserwowania i prób leczniczych upewnić się, czy choroba daje się łatwo albo trudno wyleczyć. W pierwszym razie zbadany ma pozostać w leczeniu aż do zupełnego wyzdrowienia, potem można go oddać do kadry, jako zdolnego do służby. Dla takich przypadków przydałaby się rubryka za wzorem przepisów niemieckich: Anlage 1 C. Nr. 31: »Krankheiten oder Gebrechen, die zeitig untauglich machen, also beseitigt oder doch so vermindert werden können, dass vollkommene oder bedingte Tauglichkeit, zutreffendenfalls Feld- oder Garnizonsdienstfähigkeit eintritt«. Jeżeli zaś choroba okazuje się trudno uleczalną, to rubryka nasza 13. C. znajduje zupełne zastosowanie (Gebrechen, welche die Tauglichkeit zum Waffen- u. Hilfsdienst aufheben). Kiedy jednak choroba jest łatwo, a kiedy trudno wyleczalną, tego w kilku słowach streścić nie można. Bliższe wskazówki mogłyby być podane w pierwszej, ogólnej części wspomnianej książki służbowej.

Przyczyny trudnej uleczalności ropienia usznego są tak różnorodne, że przytoczenie ich dla każdego z osobna przypadku zanadto byłoby rozwlekłe. Wyraz »offenkundig schwer heilbar« w przytoczonej rubryce 13 C. jest o tyle trafny, że w niektórych przypadkach trudna uleczalność w istocie daje się odrazu

stwierdzić. Atoli nie zawsze tak jest. Trudna wyleczalność ropienia usznego bynajmniej nie zależy tylko od przedmiotowych, miejscowych zmian anatomicznych, łatwo dających się wykazać, lecz w znacznej części przypadków od ogólnych, konstytucyonalnych i higienicznych warunków chorego. I tak zwykłe niepowikłane ropienie błony śluzowej jamy bębenkowej lub trąbki słuchowej może u osób zołzowatych, gruźliczych, kiłowych i t. p. opierać się długo wszelkiemu leczeniu, natomiast odwrotnie ropienie zaniedbane, pozornie ciężkie, u osób zresztą zdrowych, nieraz w stosunkowo krótkim czasie wyleczyć się może. Takie przypadki, przeważnie u nas w Galicyi, częściej się spostrzega. Niedostateczne wykształcenie, mała inteligencya, nizki stan kultury, zwłaszcza u ludności wiejskiej i z tym stanem w związku pozostające panowanie przesądów, nieraz nawet u mieszczan, tłómaczą tak często u nas napotykane zaniedbane przypadki ropienia usznego. Obawa, panująca w niektórych warstwach przed usunięciem wycieku usznego, przypomina chorobę osławioną pod mianem »plica polonica«. A jakie pojęcie o czystości panuje nieraz jeszcze u niektórych chorych, wynika z odpowiedzi pewnej mojej chorej ze wsi, która na zarzut, dlaczego swoją długoletnią chorobę zaniedbywała, odpowiedziała z pewnością siebie, że ona choroby nie zaniedbywała, że owszem troskliwie ucho pielęgnowała, bo aż kilka razy dziennie usuwała ropę z ucha piórem gęsiem, a potem to po każdem użyciu wycierała fartuchem i suszyła przy piecu.

Ciężka postać takich przypadków jest nieraz tylko pozorna i zależy nie od rzeczywistej ciężkości choroby, ale od zanieczyszczenia i zaniedbania i może przez gruntowne czyszczenie i umiejętne leczenie często rychłej uledz poprawie. Nieraz widywałem długoletnie ropienie uszne z wyciekiem cuchnącym, z ziarninami i polipami, z próchnieniem powierzchownem, a nawet z perlakiem (cholesteatoma) w jamie bębenkowej itd., które niespodziewanie szybko łagodniało, a nawet się wygajało. Stopień uleczalności nie daje się zatem ocenić na pierwszy rzut oka. Powinno się przeto zostawić specyaliście w szpitalu pewien przeciąg czasu dla obserwacyi i dla prób leczniczych, na podstawie których jedynie zdoła on trafnie ocenić stan choroby.

Ale nietylko stopień uleczalności ropienia wchodzi tu w rachubę. Należy także uwzględnić dwa szczegóły, częste w tej chorobie, a mianowicie objawy zawrotu głowy i skłonność do zawrotów. W pewnych przypadkach ropienia usznego cierpią chorzy równocześnie na silne napady zawrotu głowy, które występują szczególnie w pewnych położeniach lub po nagłych ruchach ciała lub głowy. Rozporządzamy obecnie sposobami, zapomocą których umiemy przedmiotowo stwierdzić taką skłonność do zawrotów. Objaw ten, wikłający chorobę uszną, powinien odgrywać ważną rolę w ocenianiu zdolności do służby wojskowej i nie powinno się go spuszczać z oczu.

Dalej istnieją przypadki ropienia usznego, które, jak uczy doświadczenie, odznaczają się szczególną skłonnością do nawrotów po wyleczeniu a nawet po operacyi doszczętnej, jak przy perlaku, przy przewlekłych stanach chorobowych w jamie nosowej, nosowogardłowej lub w jamach bocznych. Takich chorych należy uważać za zdolnych do takiej tylko służby wojskowej, przy której mogą pozostać pod ciągłym dozorem lekarskim.

»Nr 12. Verzeichnis A.« mówi o chorych z suchem przedziurawieniem błony bębenkowej, zdolnych do służby. Do tego należałoby przynajmniej dodać »z wyłączeniem marynarki«. Marynarze powinni umieć dobrze pływać. Otóż wiadomo, że chorym z suchem przedziurawieniem bębenka wolno się kąpać tylko z wielką ostrożnością. Nagłe dostanie się wody do jamy bębenkowej przy wskoczeniu do wody może łatwo wywołać zawrót głowy, utratę oryentacyi i niechybną śmierć z utonięcia. Takich popisowych należy zatem uważać za niezdolnych do służby na okrętach.

Dalej wiemy, że już w służbie cywilnej musi się dla bezpieczeństwa podróżnych wymagać od pewnych urzędników kolejowych pewnej zdolności słuchowej, różnej od tej, której się wymaga dla służby wojskowej. Tem więcej, sądzę, konieczne jest osobne badanie i odpowiednie przepisy dla takich popisowych, którzy mają być przydzieleni do pułków kolejowych. Takich przepisów, o ile mi wiadomo, zupełny brak.

A teraz przechodzę do innego punktu. Na wspomnianem powyżej posiedzeniu lekarzy wojskowych proponowano, ażeby jednostronną zupełną głuchotę doliczyć do rubryki A., to znaczy do chorób nie wyłączających zupełnej zdolności wojskowej. Z tem bez zastrzeżeń zgodzić się nie można. W zupełnej głuchocie prawie zawsze błędnik jest zajęty; otóż przy takiej zupełnej jednostronnej głuchocie błędnikowej rzadko tylko błędnik drugiej strony bywa całkiem nietknięty. To wynika już z etyologii chorób błędnikowych wogóle. Przyczyny bowiem chorób błędnika z małymi wyjątkami wywierają swój wpływ równocześnie na oba błędniki. Pominąwszy przyczyny miejscowe, bezpośrednie (ukłucie, oparzenie, przyżegnięcie, rozszerzenie się choroby z sąsiedztwa, z ucha środkowego i t. p.), jako najczęstsze czynniki szkodliwe wchodzą w rachubę choroby krwi (białaczka, niedokrwistość i t. p.), układu krążenia, układu nerwowego, zatrucia (chinina, salicyl, morfina, nikotyna, choroby nerkowe i t. p.), zakażenia (płonica, błonica, dur, grypa, zapalenie opon mózgowych i t. p.), dalej urazy pośrednie (uderzenie, upadnięcie na głowę, postrzał, wybuch, detonacye i t. p.). Wszystkie te czynniki szkodliwe działają, aczkolwiek w nierównem nasileniu, na oba błędniki. Należy zatem już z góry w największej części takich przypadków przypuścić zajęcie równoczesne także drugiego błędnika, chociaż w mniejszym stopniu. Takich chorych można dopuścić do służby wojskowej najwyżej ze szczególnem uwzględnieniem rodzaju broni. Nie nadają się oni do pułków strzeleckich, do artyleryi, do oddziałów karabinów maszynowych i t. p., gdzie są wystawieni na silne zadziałanie dźwięku, huku i świstu kul, jak niemniej do takiej służby, która wymaga dobrego słuchu z obu stron i dobrej oryentacyi, jak do rekognoskowania, do patroli, jako lotnicy, nurkowie do robót kesonowych. Prędzej nadaliby się jako saperzy lub do trenu. Najstosowniej takich jednostronnie głuchych kwalifikuje się do grupy »Verzeichnis B«.

Na stronie 7—9 omawianej książki służbowej znajdujemy trafne pouczenia o badaniu narządu słuchowego. Tu byłoby rzeczą stosowną umieścić wskazówki do ocenienia trudnej uleczalności ropienia przewlekłego, jak przedziurawienie błony bębenkowej wysoko położone lub przybrzeżne, głębokie próchnienie kości skalistej, ropa brudna, cuchnąca, serowata, grudkowa, często mimo usunięcia powracające ziarniny i polipy, częste napady bólu i zawrotu głowy, zachorowania jam bocznych ucha środkowego, porażenie nerwu twarzowego. Tu należałoby także podać sposoby badania, służące do przedmiotowego stwierdzenia skłonności do zawrotu głowy, do badania sprawności narządu przedsionkowego, wskazówki do stwierdzenia jednostronnej głuchoty, względnie do odkrycia udawanego przytępienia słuchu lub udawanej głuchoty. Niestety mimo postępów nauki nie zawsze powiedzie się wykryć symulacyę. Przecież rozporządzamy szeregiem środków i sposobów umożliwiających osiągnięcie tego celu, z których najważniejsze dla lekarza wojskowego należałoby przytoczyć w tym ustępie książki służbowej.

Na koniec pożądane byłyby osobne przepisy dla badania kandydatów do marynarki i awiatyki. Ze służby marynarskiej należałoby wykluczyć osoby ze skłonnością do zawrotu głowy mimo zdrowego błędnika i, jak już wspomniałem, z suchem przedziurawieniem błony bębenkowej. Dla pilotów powietrznych należy wymagać nietylko zupełnie zdrowego ucha środkowego i wewnętrznego lecz też i to przedewszystkiem prawidłowej wrażliwości narządu równowagi. Prawidłowa sprawność błony bębenkowej, kostek usznych i trąbki słuchowej jest w awiatyce tak samo koniecznym warunkiem, jak u nurków i u robotników kesonowych, z powodu zmiennych stosunków ciśnienia w otoczeniu. Doświadczenie bowiem pouczyło, iż zaburzenia wyobrażenia o położeniu ciała w przestrzeni, o kierunku ruchu, mogą mieć przyczynę w pozostałościach ropień usznych i w zaburzeniach czynnościowych narządu przedsionkowego. Dobry słuch konieczny jest też dla kontrolowania prawidłowej czynności przyrządu lotniczego, motoru.

Pominąwszy to istnieją osoby, które mimo zupełnie prawidłowego narządu słuchowego, mimo dobrego słuchu i prawidłowego odczynu narządu przedsionkowego, mają małą zdolność oryentowania się i skłonność do zawrotu głowy. Ta nieprawidłowość polega prawdopodobnie na zboczeniu czynnościowem, na przeczulicy lub złudzeniu czuciowem narządu statycznego i objawia się tem, że osoby nią dotknięte doznają w czasie jazdy na morzu, a w wyższym stopniu choroby już jadąc pociągiem kolejowym, tramwajem, powozem, przy kołysaniu, w tańcach kołujących, przy patrzeniu z pewnej wysokości na dół i t. p., zawrotu głowy, nudności, wymiotów w postaci cierpienia znanego pod mianem »choroby morskiej«. Otóż, że takie osoby nie nadają się do awiatyki, łatwo zrozumieć. Dlatego ubiegający się o służbę lotniczą powinien być poddany szczegółowemu badaniu co do zdolności oryentowania się w przestrzeni, co do równowagi dynamicznej i statycznej, co do braku zawrotu głowy w różnych położeniach, przy różnych ruchach i na różnych wysokościach i t. p. Odpowiednie sposoby badania należałoby wypracować i umieścić w ogólnej części tej książki służbowej.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 25. IV. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 25.

1) Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol. prezes Ciechanowski podaje do wiadomości: a) pismo Towarzystwa szkoły ludowej w sprawie daru 3. maja; b) pismo Towarzystwa popierania nauki polskiej we Lwowie w sprawie nowej pisowni, które odstąpiono komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«. Dalej zawiadamia, c) że komisya wybrana na posiedzeniu dnia 17. stycznia odbyła 4 posiedzenia, na których rozpatrzono zasady ustroju sanitarnego Polski i Galicyi i uchwalono zwołać ankietę z przedstawicieli wszystkich Korporacyi i Towarzystw lekarskich; d) że komisya, wybrana 21. lutego uchwaliła zwołać w łonie Towarzystwa ankietę w sprawie zboczeń wywołanych niedostatecznem lub wadliwem odżywieniem; ankieta ta odbędzie się w następną środę, t: j. 9. maja w sali Towarzystwa.

2) Wybrano delegacyę, złożoną z kolegów Majewskiego, Nitscha i Ciechanowskiego, dla wzięcia udziału w sprawie zwalczania jaglicy.

3) Prezes, poddając uchwale wniosek o mianowanie członków honorowych, przedstawiony przez Zarząd na ostatniem posiedzeniu, przemówił w słowach następujących: »Rocznica Trzeciego Maja jest w Polsce dniem hołdu dla zmartwychstałego wówczas ducha obywatelskiego. Z rocznicą tą wiążemy więc i dziś hołd dla obywatelskiej cnoty i zasługi. Ofiarujemy najwyższą godność naszego Towarzystwa tym kolegom, którzy do dawnych swych znakomitych zasług na polu naukowem i piśmienniczem dodali nowe wawrzyny w niedawno zakończonej dobie najcięższych przesileń swą pracą społeczno-obywatelską. Składamy im przytem życzenie, by się im jaknajrychlej otwarło szersze jeszcze pole tej pracy w Ojczyźnie wolnej i całkowicie zjednoczonej«. Następnie wśród aklamacyi zostali wybrani członkami honorowymi Towarzystwa: Rektor prof. Dr Kazimierz Kostanecki z Krakowa, rektor prof. Dr Adolf Beck ze Lwowa, Dr Paweł Gantkowski z Poznania, dziekan prof. Dr Leon Kryński i doktorzy: Maryan Jankowski, Józef Jaworski, Wacław Męczkowski, Józef Pawiński, Arkadyusz Antoni Puławski i Józef Zawadzki z Warszawy.

4) Kol. Latkowski omawia w krótkości dalszy ciąg swych spostrzeżeń nad stosowaniem **wstrzykiwań mleka w sprawach zapalnych** ogólnych i miejscowych. Nie zaprzeczając możliwości swoistego wpływu różnych substancyi w szeregu innych zjawisk, zaznacza, że istnieje i mnoży się w piśmiennictwie ilość spostrzeżeń, wskazujących na możliwość nieswoistego działania szczepionek, surowic i ciał proteinowych. I tak M. Renaud uzyskiwał szczepionkami tyfusowemi wyniki dodatnie w ropieniach, zapaleniach szpiku kostnego, zapaleniach otrzewnej i t. d.. Decastello stwierdza równą wartość w działaniu szczepionek homo- i heterologicznych przy durze. Czyhlarz, Reibmayer, Luksch, Werner, Szily i Schiller stosowali szczepionki heterologiczne przy durze, posocznicy i róży z przeważnie dobrym wynikiem, zaś Reiss, Herz, Singer, Roubitschek i Strümpell porównując wpływ surowic normalnych i swoistych w różnych chorobach zakaźnych, jak płonicy, czerwonce, durze plamistym, błonicy nie widzą różnicy w ich działaniu. Następnie nadmienia, że prócz autorów w odczycie już wymienionych wstrzykiwali ciała białkowe z dodatnim wynikiem, Adler w cholerze i czerwonce, Dziembowski przy ranach zakażonych, czyrakach rozsianych, róży, promienicy, łuszczycy, gruźlicy kości, stawów i gruczołów, zaś Hery, Karell i Luksch dla uwolnienia od drobnoustrojów roznosicieli bakteryi, potem przytacza wyjaśnienie działania leczniczego wyżej wymienionych substancyi, jakie podali prócz R. Müllera, Goer, Saxl, Holler i Weichardt, który to ostatni uważa te ciała za rodzaj aktywatorów protoplazmy wszelkiego gatunku komórek. Wreszcie wspomina kol. Latkowski jeszcze raz o wyjaśnieniu, opierającem się na zasadzie fizycznego odtruwania kolloidów, które podał w poprzednio wygłoszonym odczycie. Na koniec przytacza szereg przypadków własnych, w których stosował wstrzykiwania mleka, a mianowicie zapalenia ślinianki przyusznej, zapalenia gośćcowego stawów, kamicy żółciowej, zapalenia woreczka żółciowego, zapalenia nerwów. Zaznacza, że u wielu chorych widział wpływ dodatni, u pewnej grupy zaś nie było widocznego działania na przebieg choroby i przedstawia: 1) chorą z polyarthritis acuta recid. c. myocard. et endocard. in ind. c. insuff. et sten. mitrali, 2) chorego wyleczonego z zapalenia ślinianki przyusznej, 3) chorą z cholecystitis et cholelithiasis. — Prócz tych przedstawia jeszcze chorego z guzem móżdżku w okolicy kąta mostowo-móżdżkowego, u którego stwierdza tarczę zastoinową, bezład móżdżkowy, zaburzenia słuchu po stronie prawej, brak odruchu rogówkowego i upośledzenie czucia w zakresie nerwu trójdzielnego po tejże stronie, drżenie gałek ocznych, bóle głowy w okolicy czoła, szerszą szparę powiekową po stronie prawej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Piltz zwraca uwagę, że wyniki lecznicze przy sporadycznem podawaniu jakiegoś środka nasuwają pewne wątpliwości wobec tego, że dużą rolę odgrywać może przypadek. Z tego powodu doświadczenie należałoby prowadzić w ten sposób, żeby przy pewnych chorobach podawać nowy środek przez pewien dłuższy okres czasu bez kombinowania go z innymi, a następnie przez równie długi okres czasu podawać środki dotychczas używane. W ten sposób uzyskuje się możność porównania i kontroli. W psychiatryi próbowano porażenie postępujące leczyć wywoływaniem gorączki przez wstrzykiwanie tuberkuliny Kocha, przyczem miano osiągać bardzo dobre wyniki. Wiadomo jednak, że w przebiegu tej choroby występują samoistnie zwolnienia, trwające nieraz szereg lat, któreto zwolnienia można przy nieodpowiedniem prowadzeniu doświadczenia uważać za skutek leczenia. W drugim przypadku zgadza się kol. Piltz na rozpoznanie guza mózgowego po stronie prawej. — b) Kol. prof. Latkowski zaznacza, że doświadczenia nad działaniem mleka prowadzi w sposób podany przez przedmowcę i nie może zaprzeczyć dobrym wynikom przy pewnych sprawach chorobowych, aczkolwiek krytycznie się na nie zapatruje.

5) Kol. prof. Piltz przedstawia przypadek **głuchoty histerycznej** u 19-letniego głuptaka (imbecillus), która wystąpiła po urazie, a trwała lat sześć. Chory został na jednem posiedzeniu wyleczony psychoterapią (słabym prądem faradycznym).

6) Kol. prof. Rosner przedstawia przypadek **uszypułowanej torbieli pochwowej,** wychodzącej z zanikłego przewodu Wolfa. Wyłuszczenie takiej torbieli nie jest łatwe, gdyż szypuła dochodzi bardzo wysoko.

7) Kol. Dr Michejda wygłosił wykład: **O zgorzeli gazowej.** (Wykład wyjdzie w całości drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

Zgorzel gazowa jest sprawą chorobową, która w czasach przedwojennych i w czasie ostatnich wojen (rosyjsko-japońska, bałkańskie) rzadko była spostrzeganą. Dopiero obecna wojna dała poznać zgorzel gazową, jako niemniej od tężca niebezpieczne powikłanie przyranne. Obfity materyał posłużył do poznania tej choroby i ustalenia zasad leczniczych. Terminologia w polskim języku nie jest dla zgorzeli gazowej ustalona. Nazwa »ropowica gazorodna«, podana w »Słowniku lekarskim polskim« (1905) wymaga rewizyi z tego powodu, że ze sprawą ropną zgorzel gazowa nic niema wspólnego. Ze względu na prawie stale spotykane zmiany zgorzelinowe choćby pojedyńczych tylko tkanek właściwszą jest nazwa zgorzeli gazowej.

Okres wylęgania trwa od 2—48 godzin, przyczem długość jego nie wpływa zupełnie na złośliwość. Zgorzel gazowa sadowi się przeważnie na kończynach i występuje stale jako powikłanie przyranne. Rany zwykle bywają duże, z wieloma zatokami, sprzyjające zatem rozwojowi drobnoustrojów beztlenowych. Na skórze występuje zmiana zabarwienia od żółtego do brudnozielonego, żyły skórne są wybitnie zaznaczone; palcem wyczuwa się pod obrzękłą skórą gaz. Mięśnie stają się suche, kruche, tracą kurczliwość, nie krwawią, zakrzepy w środku stanowią miazgę, w której nie można tkanki rozpoznać. W mięśniach przez rozkład tworzy się gaz, który stąd rozchodzi się pod skórą. Kończyna zwykle jest bardzo silnie obrzękła, (ciasny opatrunek); w późniejszych okresach dochodzi do zgorzeli; rozpoczyna się ona nie na obwodzie, ale w okolicy rany, i jest następstwem działania toksyn bakteryjnych i histogenicznych na zdrowe tkanki. Ciepłota miejscowa nie podniesiona, z rany obfita, cuchnąca, wydzielina, zawierająca bańki gazu. Silne bóle, nieproporcyonalne do obrazu rany. Stan ogólny jest ciężki, tętno bardzo szybkie, przyczem krzywa tętna oznaczana w krótkich odstępach czasu ma charakter wstępujący. Śmierć następuje wśród objawów niedomogi serca, zapadu, czasem euphoria.

Rozpoznanie obrazu rozwiniętego jest łatwe; wczesne roz-

poznanie opiera się na objawach ogólnych (niepokój, bóle, szybkie tętno) i miejscowych (zabarwienie, woń i charakter wydzieliny). Dobre usługi oddać może bakteryoskopia wydzieliny, polecona przez Heyrovskyego.

Co do etyologii, to w wielkiej liczbie przypadków spotykano bact. phlegmones emphysematodes (Fränkel), ale i inne rodzaje beztlenowców spotykano w ranach (bac. Ghou-Sachs, bact. coli, bac. oedem. mal. Koch, bacillus sarcemphysem. hominis Conradi Bieling, streptococcus anaerogenes (Marwedel) itd.). Zgorzel gazowa jest jednostką chorobową, jako pojęcie kliniczne, nie jako pojęcie bakteryologiczne; ten sam obraz chorobowy może być wywołany przez różne drobnoustroje z grupy beztlenowców. Żyją one w ziemi, skąd dostają się do rany. Niepogoda, długi transport, ciasny opatrunek i beztlenowe warunki w ranie sprzyjają rozwojowi choroby.

Leczenie swoiste dotychczas nie osiągnęło żadnych wyników. Nieswoiste może być zachowawcze albo operacyjne. Zachowawcze opiera się na beztlenowych własnościach zarazków i polega na wprowadzaniu tlenu do i w okolicę rany (wdmuchiwania tlenu lub wstrzykiwania tlenu lub H_2O_2), przyczem jednak istnieje niebezpieczeństwo śmiertelnego zatoru gazowego lub na stosowaniu biernego przekrwienia Biera; może być uważane tylko za leczenie pomocnicze obok leczenia operacyjnego.

Nacięcia mają podwójny cel: stworzenie odpływu dla wydzieliny i usunięcie beztlenowych warunków. W lekkich przypadkach wystarczą, w ciężkich trzeba nieraz wtórnie amputować. Ścisłych wskazań do amputacyi niema; amputować należy jeszcze w zakresie obrzęku i gazu, a na kikucie zrobić nacięcia. Cięcie jednoczasowe byłoby dobre, gdyby w każdym przypadku można było stosować wyciąg na części miękkie. Ale, że to nie zawsze jest możliwe, dlatego lepiej jest amputować cięciem dwuczasowem. Rany amputacyjnej nie należy szyć. W klinice chirurgicznej krakowskiej w każdym wypadku poszerzano wlot i wylot, robiono nacięcia ku dołowi, z usunięciem odłamków, wycięciem części obumarłych i t. d. Gdy to nie skutkowało, amputowano. Każdy zabieg wykonywać należy zaraz po ustaleniu wskazania. Wyniki bywają różne; w klinicznym materyale śmiertelność wynosiła 41%. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. prof. Kader: Zgorzel gazowa jest najostrzejszem z zakażeń przyrannych, jakie się spotyka. Życzyćby należało, by można znaleść surowicę, którąby działała podobnie, jak przy tężcu. — b) Kol. prof. Nitsch: Etyologia do dziś nie jest jasna; niewiadomo czy wchodzi w rachubę jeden zarazek, czy jest ich więcej, nie rozstrzygniętą jest również sprawa, czy zarazek żyje w ziemi zwykłej, czy też tylko w ziemi nawożonej odchodami ludzkimi. Może być bowiem, że zarazki te żyją w przewodzie pokarmowym, skąd dostają się do ziemi, tworzą zarodniki, z których wyrastają potem złośliwe postacie drobnoustrojów. — Kol. Glatzel: Zabarwienie skóry przy zgorzeli gazowej jest podobne do zabarwienia krwiaka. Ilość gazu jest różna i nie świadczy o złośliwości sprawy. Do rozpoznania przydatne jest badanie promieniami Röntgena i objawy opukowe względnie osłuchowe (charakterystyczny dźwięk przy goleniu). Przyczyną śmierci bywa niedowład serca, czasem bakteryemia. Leczenie jest tylko operacyjne. Przy amputacyi pierwszeństwo dać należy cięciom płatowym bez szwu. — d) Kol. Michejda: Zgorzel gazową spostrzegano na wszystkich terenach wojny, najczęściej na włoskim i na francuskim, ale i ranni z okolic Ostendy zapadali na to powikłanie. Zapomocą promieni Röntgena nauczono się odróżniać 3 formy: ropień, ropowicę i zgorzel gazową. Z nich pierwszy jest najłagodniejszy. O objawach opukowych mowca nie wspomina, gdyż nie są w zgorzeli gazowej swoiste, a są tylko następstwem obecności gazu w tkankach. Cięcia płatowe robiono w klinice przy sprawach ropnych, amputując w miejscu złamania i nie zakładając żadnego szwu. Stosunki przyranne jednak przy tem cięciu są dość powikłane, tak że przy zgorzeli gazowej unikano cięć płatowych.

Sekretarka doroczna: Dr Wyrzykowska-Michejdzina.

Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce.

Referat wygłoszony w sekcyi sanitarno-lekarskiej II-go Zjazdu higienistów polskich w Warszawie w dniu 30 czerwca 1917

przez

Dra Leonarda Biera.
Dyrektora c. k. Zakładu powszechnego do badania żywności w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Jeślibyście mnie Panowie zapytali, który rodzaj organów nadzorczych uważałbym za najodpowiedniejszy na podstawie doświadczenia własnego, popartego obcem z innych państw o starszym nadzorze niż austryacki, nie mógłbym organom autonomicznym miejskim oddać pierwszeństwa. Składa się na to szereg czynników. Nie ulega wątpliwości, że umiejętny nadzór nad żywnością, jako wykwit nowszej kultury nie znalazł jeszcze odpowiedniego gruntu dla swego rozwoju nawet w zarządach naszych miast większych, zwłaszcza tam, gdzie zarząd ten jest emanacyą reprezentacyi interesów. Przemysł i handel, zwłaszcza drobny, niechętny wobec wszelkich nowości i zarządzeń, które wykoleić go mogą z utartych wiekiem tradycyi, przyzwyczajeń i nałogów, dopatruje się w umiejętnym nadzorze nad żywnością, który ma prawo głęboko zaglądać mu w karty, swego wroga i przez swych przedstawicieli w radach i zarządach miejskich bądźto opiera się ustanowieniu ukwalifikowanych organów nadzorczych w miastach, tam zaś, gdzie uda się u zarządu miejskiego ustanowienie takiego kontrolora miejscowego przeprzeć, organowi temu zadania tego stanowczo się nie ułatwia stawiając go nieraz w przykre położenie i bez należytego oparcia moralnego ze strony przełożonego magistratu, a najczęściej bez należytego uposażenia materyalnego. Jeśli nadto dodam, że w tych warunkach nawet znakomite siły do pracy i pełne ochoty do niej zaczerpniętej na kursach przygotowawczych — zniechęcają się i marnieją, a nawet wobec licznych pokus przez zaniedbywanie obowiązków i pokrywanie nadużyć i przekroczeń samej sprawie nadzoru z czasem mogą szkodzić — zrozumiecie Panowie, dlaczego przy całem uznaniu dla potrzeby zachowania pewnych praw samorządu w nadzorze nad żywnością i utrzymaniu i rozwoju instytucyi miejskich komisarzy targowych, obok tej kategoryi ukwalifikowanych organów nadzorczych jestem za wprowadzeniem organów nadzorczych niezwiązanych z miejscowemi władzami autonomicznemi — jużto na wzór kantonalnych inspektorów szwajcarskich, jużto organów rządowych na wzór przewidzianych ustawą austryacką, lub też ustanowionych przez ustawodawstwo angielskie i amerykańskie — organów w każdym razie ściśle związanych z państwowymi zakładami badawczymi.

Zaznaczyłem już poprzednio, że fachowym urzędnikom państwowych zakładów badawczych delegowanym do wykonywania rewizyi przysługują w całej pełni prawa organów nadzorczych. Jeśli w Bawaryi, która pierwsza z niemieckich państw związkowych zaraz po uchwaleniu w r. 1879 niemieckiej ustawy o nadzorze nad żywnością przystąpiła do organizacyi zakładów badawczych i to zaraz jako instytucyi rządowych — sprawa nadzoru najdalej i najszybciej postąpiła w Niemczech i z tego względu urządzenia bawarskie stanowiły wzór, na którem oparły się inne związkowe państwa niemieckie, Austrya, a nie mało i Szwajcarya, — zawdzięcza to kraj ten nietylko samej organizacyi rządowych zakładów badawczych, ale również i t. zw. ruchomej kontroli swych zakładów przez podejmowanie jej w całym kraju przez delegowanych doświadczonych swych urzędników. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że fachowo wyszkoleni urzędnicy zakładów badawczych, mający na podstawie nabytego w laboratoryum doświadczenia wyszkolone i zaostrzone zmysły w rozróżnianiu produktów normalnych od nieprawidłowych, świadomi nadto odnośnego ustawodawstwa, najlepszymi być mogą organami nadzorczymi. Przez styczność w czasie tego rodzaju rewizyi z realnymi warunkami przemysłu i handlu uzupełniają i rozszerzają znakomicie swą wiedzę teoretyczną, spostrzegają takie rzeczy, których inne organa nadzorcze nie dojrzą, mogą też da-

wać na podstawie swych spostrzeżeń podstawy do regulowania poszczególnych dziedzin nadzoru o wiele szybciej i lepiej, niż wskazać nam mogą nieraz długie i żmudne poszukiwania laboratoryjne. Że urzędnicy ci niezwiązani ze stosunkami miejscowymi są i z tego powodu więcej przedmiotowymi przy wykonywaniu rewizyi i nie ciąży na nich nieraz odium stronniczości opinii miejscowej, uważać trzeba za czynnik również dodatni, zwłaszcza jeśli weźmie się na uwagę inne ich zadanie w czasie rewizyi, zadanie pouczania drobnych sklepikarzy i przemysłowców, jakie przestępstwa i przeoczenia w zakresie ich zajęcia zawodowego są najczęstsze, jak ich uniknąć można. Za udzielane z tej strony pouczenia, zwłaszcza jeśli nie każde przestępstwo spostrzeżone w czasie rewizyi oddaje się na drogę sądową żądając poprawy do czasu najbliższej rewizyi — za te pouczenia bardzo wielu przemysłowców jest nader wdzięcznych i przystępnych do dalszych żądań w dziedzinie higieny środków spożywczych co do ich przechowania, prowadzenia rzemiosła, ponosząc w tym względzie nawet znaczniejsze nakłady. Jak przekonać się mogłem z rewizyi podejmowanych w r. 1897 w towarzystwie prof. Neufelda, wówczas pierwszego asystenta zakładu monachijskiego, późniejszego dyrektora zakładu rządowego w Würzburgu, jak niemniej z wieloletnich rewizyi, podejmowanych w powiatach galicyjskich, są odpowiednio prowadzone rewizye urzędników zakładów badawczych znakomitem środkiem propagującym postulaty higieny w zakresie żywienia i na nie w Niemczech i Szwajcaryi coraz większy kładzie się nacisk. Brak czasu nie pozwala mi tej kwestyi i jej rozwojowi poświęcić więcej uwag.

Pracownie do wykonywania badań produktów spożywczych napotyka się w kilku typach, szczególnie w Niemczech: 1) jako pracownie utrzymywane przez chemików prywatnych, spełniające — obok czysto zarobkowego zajęcia właściciela dla interesentów prywatnych — jeszcze i zadania publiczne dla określonych bliżej małych okręgów administracyjnych za umówionem z góry wynagrodzeniem i z ustaloną najmniejszą roczną ilością rozbiorów, pracowni rzadko czynnych w kontroli zewnętrznej — o tytule urzędowym »Oeffentliches chemisches Laboratorium des Dr X. X., 2) pracownie autonomiczne, najczęściej utrzymywane przez zarządy miejskie (p. t. »Städtisches Untersuchungsamt der Stadt X. X.) o pełnym charakterze urzędniczym kierownika pracowni, bez prawa dla tegoż podejmowania analiz przedmiotów podlegających kontroli na rachunek własny oraz 3) zakłady badawcze rządowe ze wspomnianym charakterem urzędniczym całego personalu urzędniczego, składającego się z zawodowców i innych rodzai urzędników, n. p. kontrolerów czy inspektorów żywności, urzędników manipulacyjnych.

Jeśli w Niemczech z wyjątkiem Bawaryi do niedawna przeważał pierwszy rodzaj pracowni o charakterze prywatno-publicznym i tylko wyjątkowo niektóre miasta urządzały u siebie miejskie pracownie analityczne — głównie dla kontroli dostaw potrzeb miejskich —, to typ ten pracowni obecnie coraz więcej się zwija, zastępując go zakładami czy urzędami badawczymi rządowymi, po części miejskimi, w każdym razie o charakterze wybitnie i wyłącznie publicznym. Pracownie chemiczne miejskie w Niemczech nie zawsze uzyskują uprawnienia publicznego urzędu badawczego; do niedawna takiego uprawnienia nie posiadała z wielkim nakładem założona i prowadzona miejska pracownia w Berlinie. Uzyskując je od władz rządowych jako upoważnione do wykonywania badań środków spożywczych w wykonaniu omawianej ustawy o nadzorze — pracownie chemiczne miejskie w Niemczech powołane bywają przez władze rządowe, za osobnem wynagrodzeniem, do wykonywania badań przedmiotów objętych wspomnianą ustawą i dla sąsiednich rządowych okręgów administracyjnych, stając się tem samem instytucyami o charakterze publicznym nietylko miejskim, autonomicznym, ale rządowym i wtedy podlegają kontroli władz rządowych.

Jak już zaznaczyłem poprzednio, stworzyła po uchwaleniu w r. 1879 przez Sejm Rzeszy niemieckiej ustawy o nadzorze nad żywnością, z państw związkowych niemieckich Bawarya jako pierwsza rządowe zakłady badawcze, które w organizacyi swej były wzorem dla zakładów austryackich. Takież zakłady rządowe istnieją w Szwajcaryi, Francyi, Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, we Węgrzech i t. d. Jednak i w Austryi, tak jak w Bawaryi oraz Szwajcaryi, daną jest miastom większym możność tworzenia własnych zakładów badawczych, jeśli mogą się wykazać odpowiednio ukwalifikowaną siłą zawodową na kierownika, wymaganą organizacyą oraz należytem uposażeniem dla swych pracowni i wtedy — jak zaznaczyłem co do Niemiec — i w państwach wymienionych uzyskują pracownie miejskie prawa pracowni rządowych. Zarządzenia te, jak widać z powyższego przedstawienia, są konieczne celem zabezpieczenia, by nadzór ścisły nad żywnością, jaki przypada w udziale pracowniom chemicznym, wykonywanym był jednolicie i w myśl intencyi nakreślonej przez państwo.

Jakież zadania mają do spełnienia te zakłady badawcze? Zakładom austryackim przydzielono następujące zadania: 1) Wykonywanie badań i wydawanie opinii co do prób nadsyłanych przez władze i osoby prywatne; 2) zastępowanie orzeczeń swych wobec sądów; 3) kontrolę ambulatoryjną; 4) naukę dla znawców żywności; 5) kształcenie organów kontrolnych, komisarzy targowych; 6) kształcenie kandydatów na znawców żywności w czasie obowiązkowej praktyki, koniecznej dla uzyskania dyplomu na znawcę; 7) podejmowanie badań naukowych.

Z wyliczonych zadań pracowni rządowych łatwo wyrobić sobie przekonanie, że spełnić je mogą zakłady badawcze tylko przy należytem zaopatrzeniu w siły zawodowe, jak niemniej w środki i urządzenia do wykonywania badań urzędowych i naukowych, jak również w środki naukowo-dydaktyczne. Tylko należycie i obficie uposażone zakłady badawcze mogą sprostać i odpowiedzieć tym rozlicznym zadaniom i zagadnieniom, które życie administracyjne państwa nowożytnego przynosi. Utrzymanie zakładów tych pociąga za sobą koszta dosyć znaczne, pokrywane tylko w części z taks za rozbiory dla interesentów prywatnych i ściąganych w drodze postępowania karnego z osób uznanych za winnych z powodu przekroczenia omawianej poprzednio ustawy. Niemniej koszta te dadzą się jeszcze bardziej zredukować, jeśliby w przyszłej ustawie polskiej wprowadzono wzorem ustawy niemieckiej artykuł, czy paragraf, stanowiący, że kary pieniężne, nałożone na obwinionych z tytułu przekroczenia omawianej ustawy wpływać mają do kasy tej władzy administracyjnej, która utrzymuje zakład badawczy, a w obrębie której zaszedł czyn karygodny. Postanowienie analogiczne wprowadzone w projekt ustawy austryackiej, pominięto w parlamentarnej uchwale z powodu, że tego rodzaju przeznaczenie kar sądowych stanowiłoby zasadniczy wyłom co do przeznaczenia grzywien sądowych, mających w całości austryackiego ustawodawstwa karnego jedno wyłączne, historycznie utarte przeznaczenie zasilania miejscowego funduszu ubogich.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Franciszek Krzyształowicz, profesor nadzwyczajny chorób skórnych i wenerycznych na Wydziale lek. Uniw. Jagiell., został mianowany profesorem zwyczajnym.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Dr Waleryan Kowenicki: Krwawienie z odbytnicy, jako objaw chorobowy i ciekawsza kazuistyka z tej dziedziny . str. 271
Dr R. Spira: Choroby uszne a służba wojskowa . . . str. 272
Sprawy Towarzystw naukowych. Towarzystwo lekarskie krakowskie . . . . str. 274
Dr L. Bier: Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce . str. 275
Wiadomości bieżące . . . . str. 276
Ogłoszenia.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.